

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

256

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Avril 1895, à 1 heure

PAR

Victor-Camille-Alexandre RENAUDIN

EX-INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU DE REIMS

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS (MÉDAILLE DE BRONZE 1878, MÉDAILLE D'ARGENT 1879)

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES 1880

Étude sur quelques complications

DES

VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM.

{	POLAILLON, agrégé.
	MARFAN, agrégé.
	NETTER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

256

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Avril 1895, à 1 heure

PAR

Victor-Camille-Alexandre RENAUDIN

EX-INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU DE REIMS

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS (MÉDAILLE DE BRONZE 1878, MÉDAILLE D'ARGENT 1879)

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES 1880

Étude sur quelques complications

DES

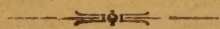
VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM.

{	POLAILLON, agrégé.
	MARFAN, agrégé.
	NETTER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	N ^{III} .
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA FILLE ADORÉE
DE MA MÈRE, DE MON PÈRE
DE MON FRÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES HIPPOLYTE ET VICTOR

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Les varices des membres inférieurs et leurs complications sont très fréquentes chez les cultivateurs et les habitants de la campagne. Cette fréquence, signalée autrefois par Dupuytren, par Boyer et plus récemment par Auzihlon et Palenc, nous ne pouvons à notre tour que la confirmer. Il ne se passe pas en effet de semaine, depuis tantôt quinze ans que nous exerçons en Champagne, sans que nous soyons appelés à donner des soins à des malades atteints d'ulcères variqueux. Il nous a même été permis dans ces dernières années d'observer quelques complications rares des ulcères de jambe d'origine veineuse ; nous avons pu en suivre la lente évolution et en constater malheureusement aussi souvent la désespérante incurabilité.

Nous avons pensé cependant qu'il y aurait quelque intérêt à grouper dans une étude d'ensemble quelques-unes de ces complications relativement rares. Malgré la modestie de la tâche que nous nous étions imposée, nous aurions presque désespéré de la mener à bien si, pendant les trois mois que nous venons de

passer à Paris, nous n'avions trouvé les plus précieux encouragements auprès de notre ancien camarade de l'Hôtel-Dieu de Reims, le Docteur Ch. Rémy, aujourd'hui Professeur agrégé à la Faculté de Médecine et Chirurgien en chef de la Maison municipale de Nanterre, avec une libéralité dont nous ne savons trop comment le remercier, il a mis à notre disposition non seulement ses conseils, ses observations, mais encore ses notes et ses dessins.

Notre ami d'enfance, le Docteur P.-E. Laumois, préparateur à la Faculté de Médecine, a bien voulu nous faciliter nos recherches bibliographiques et nos descriptions anatomo-pathologiques; nous l'assurons de notre toujours bien vive affection.

Que M. le Professeur Le Dentu, qui, après nous avoir donné à plusieurs reprises, dans ces temps derniers, des témoignages de sympathie, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, soit assuré de notre respectueuse reconnaissance.

Dans ces vingt-cinq dernières années de nombreux travaux ont été publiés sur les varices et leurs complications.

On a surtout cherché à interpréter la pathogénie des lésions observées depuis longtemps par les cliniciens, afin d'en mieux comprendre l'évolution et sou-

vent aussi l'incurabilité. Malgré l'abondance de la moisson, nous avons pensé qu'il y avait encore quelque peu à glaner dans ce champ si exploré. Après avoir, dans une revue d'ensemble, montré les altérations anatomo-pathologiques que présentent les membres variqueux, nous avons étudié quelques-unes des complications rares mais cependant intéressantes qui peuvent survenir : c'est à leur description qu'est consacré notre travail.

Nous nous proposons de montrer quelles sont en particulier les modalités cliniques et anatomiques que peut revêtir l'éléphantiasis ulcéreux.

Dans notre description de l'éléphantiasis ulcéreux nous avons cherché à mettre en relief une variété curieuse de cette affection que nous nous proposons d'appeler *éléphantiasis segmentaire* ; elle n'occupe en effet qu'un segment du membre inférieur et est en rapport avec la formation d'un ulcère annulaire ou d'une cicatrice en bracelet.

A l'éléphantiasis ulcéreux d'origine lymphatique nous opposerons une forme nouvelle, *l'éléphantiasis variqueux d'origine vasculaire sanguine*.

Notre troisième partie comprendra la description du *pied-bot variqueux*.

LES ALTÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES MEMBRES VARIQUEUX

Les membres inférieurs chez les malades porteurs de varices plus ou moins volumineuses depuis de longues années présentent des modifications anatomo-pathologiques multiples. Les lésions veineuses, si elles sont les premières en date et les plus importantes, ne sont pas les seules : chacune des parties constituant les membres, les plus superficielles comme les plus profondes, est intéressée par le processus pathologique. Les modifications anatomiques sont surtout marquées lorsqu'il existe des solutions de continuité, des ulcères plus ou moins étendus et plus ou moins profonds, qui constituent comme autant de portes ouvertes aux infections. De plus, comme les ulcères variqueux sont difficiles à guérir, les infections qui en partent se répètent facilement et après chaque poussée inflammatoire la désorganisation anatomique du membre augmente et sa résistance vitale diminue.

Avant d'étudier quelques unes des complications rares mais intéressantes qui se montrent au voisinage

des vieux ulcères variqueux, nous croyons utile de résumer brièvement les modifications anatomiques que présentent les différentes parties constituantes du membre inférieur, lorsqu'il est le siège de varices.

Les altérations des vaisseaux comprennent les modifications que présentent *les veines*, les artères, les vaisseaux et ganglions lymphatiques.

Depuis les belles recherches de Verneuil¹ on sait que les lésions intéressent les veines profondes inter et intra-musculaires, les veines superficielles, les veinules de la peau.

Ces vaisseaux sont dilatés, leurs valvules sont devenues insuffisantes. Les parois veineuses, comme le prouvent les examens histologiques de Cornil², de Quénu³, sont épaissies ; leur altération caractéristique consiste en une véritable phlébo-sclérose débutant par la partie interne de la tunique moyenne et envahissant ensuite cette dernière dans toute son étendue. Les vasa-vasorum dilatés se rapprochent de la tunique interne ; parfois même ils sont tellement dilatés qu'ils entourent la veine principale d'un véritable lacis flexueux et pelotonné.

« A ces différentes altérations il faut joindre celles

1. Verneuil. — Académie de Médecine, 1855.

2. Cornil. — Archives de Physiologie, 1872.

3. Quénu. — Revue mensuelle de Médecine et Chirurgie, 1882.

qu'engendrent les fréquentes poussées de phlébite aiguë ou subaiguë auxquelles sont particulièrement sujettes les veines variqueuses; de là des coagulations sanguines et toutes leurs conséquences, de là aussi une accentuation des troubles apportés déjà à la nutrition des tissus voisins par une circulation en retour défectueuse. » (Quénu).

Dans ces derniers temps on tend à faire jouer un rôle important dans les inflammations veineuses aux vasa-vasorum et à les considérer comme les agents de dissémination des germes pathogènes dans l'épaisseur des parois des vaisseaux; la périphlébite serait plus fréquente qu'on ne l'avait cru autrefois et elle serait souvent le premier stade de l'évolution de la phlébite. Ces données nouvelles sont remarquablement exposées dans les travaux de Vaquez.¹

Les *artères* des membres inférieurs sont souvent malades chez les variqueux.

Quénu a, l'un des premiers et la même année que Rienzi², signalé la fréquence des lésions artérielles dans les membres atteints d'ulcères variqueux. Plus tard Schneider³ et Gilson⁴ ont insisté, à juste titre, sur leur importance pathologique. On a cherché depuis

1. Vaquez. — Phlébite des membres. Clinique de la Charité, 1894.

2. Rienzi. — Giorn. intern. del. Sc. Med., 1882.

3. Schneider. — Thèse de Paris, 1885.

4. Gilson. — Article ulcères. Dict. Jaccoud, 1885.

à démontrer que les variqueux en général, en dehors des porteurs d'ulcères, étaient non seulement des phléboscléreux, mais encore des artério-scléreux. Déjà Cornil avait établi un rapprochement entre la phlébite chronique variqueuse et l'endarterite ; la tendance actuelle, ainsi que le dit Beurnier¹, est de regarder ces deux ordres de lésions vasculaires comme parallèles et de les rapporter toutes deux à un vice constitutionnel, l'arthritisme ou l'herpétisme. « De la sorte, un trouble général de la nutrition retentirait sur tout le système vasculaire sanguin et les varices ne seraient qu'une localisation d'une maladie plus générale qu'on pourrait appeler la vasculo-sclérose. » (Beurnier¹.)

D'ailleurs Gilson, Broca, Sack ont constaté anatomiquement la coexistence fréquente chez un même sujet de la phlébo-sclérose et de l'artério-sclérose. Nous avons, pour notre part, souvent constaté l'athérôme chez les variqueux ; nous devons à la vérité de dire que l'athérôme artériel est fréquent dans le pays où nous exerçons.

Ce que nous retiendrons de ces données anatomopathologiques, c'est l'altération des vaisseaux nourriciers du membre et les troubles de la circulation qui peuvent en être la conséquence non seulement dans les gros

¹ L. Beurnier. — Les varices. Collect. Charcot-Debove, 1894.

troncs, mais encore au niveau des artérioles qui présentent elles aussi les altérations de l'endo-périartérite si bien observée par H. Martin.

Les vaisseaux et ganglions lymphatiques des membres variqueux ulcéreux sont toujours plus ou moins altérés.

Jeanselme¹ qui a recherché avec soin les ganglions inguinaux chez tous ses malades, en a presque toujours constaté le développement exagéré du côté du membre affecté. Le plus souvent l'adénopathie est absolument indolente ; les ganglions intéressés sont au nombre de deux à quatre et mobiles. Les glandes lymphatiques acquièrent le plus souvent le volume d'une noisette ou celui d'une amande. Quelquefois les masses ganglionnaires sont assez volumineuses pour soulever la peau et être reconnaissables à la simple inspection. Il existe un certain degré de sclérose ganglionnaire qui augmente à mesure que les poussées inflammatoires se succèdent et qui aboutit à une imperméabilité absolue de ces organes lymphatiques. Quant aux altérations des vaisseaux lymphatiques proprement dits, nous les exposerons plus loin en décrivant les altérations qui aboutissent à l'éléphantiasis.

Les *nerfs* n'échappent pas au travail phlegmasique

¹ Jeanselme. — Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux. Thèse de Paris, 1888.

dans les membres au voisinage des ulcères. La névrite interstitielle qu'on observe en pareil cas n'est qu'une lésion secondaire au même titre que celle de tous les tissus qui confinent à un foyer d'inflammation chronique (Beurnier).

D'autre part, chez les variqueux, il existe des altérations primitives des nerfs qui ont été bien étudiées par Quénu. Elles consistent en une dilatation des veines des nerfs avec hypertrophie plus ou moins considérable du tissu conjonctif péri-fasciculaire, pouvant aboutir à un véritable étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois extra et intra-fasciculaire.

L'importance de ces lésions est grande au point de vue de la trophicité des tissus. Terrier admet même que l'ulcère variqueux est le plus souvent d'origine trophique. Nous aurons à plusieurs reprises, dans le cours de notre travail, l'occasion d'insister sur le rôle de ces lésions nerveuses.

Les lésions de *la peau* ne font jamais défaut au niveau des membres variqueux. Au premier rang il faut placer l'eczéma chronique bien étudié par Broca¹ et Jeanselme et les différentes dermites (atrophique, hypertrophique) qui précèdent ou accompagnent la formation des ulcères variqueux.

1 A. Broca. — Etude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux. Thèse de Paris, 1886.

Nous aurons l'occasion, dans les pages suivantes, d'étudier la dermite hypertrophique végétante, forme qui nous intéresse plus particulièrement et nous ne croyons pas devoir insister plus longuement ici sur cette altération.

Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, le tissu conjonctif, les aponévroses participent aussi dans une large part au travail inflammatoire et subissent des altérations sclérosiques plus ou moins marquées. On a même à plusieurs reprises observé leur transformation calcaire. Les gaines péri-vasculaires et péri-nerveuses peuvent subir une dégénérescence de ce genre, et Reclus¹ les a vues transformées en canaux rigides.

Les *muscles* présentent une dilatation énorme de leurs veines, comme l'a bien montré Verneuil. Dans ces dernières années Quénu, Ch. Remy² ont indiqué les altérations du tissu conjonctif interfasciculaire qui se sclérose et se charge de graisse. La substance contractile elle-même s'atrophie et subit la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les tendons et les gaines tendineuses se soudent, et de cette fusion plus ou moins complète résultent des troubles fonctionnels divers.

1. P. Reclus. — Progrès Médical, 1879.

2. Ch. Remy. — Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente, l'ulcère. Bullet. général de Thérapeutique, janv. 1895.

Les os comme l'ont indiqué Cruveilhier, Sappey et Reclus, subissent au voisinage des ulcères un gonflement hypertrophique. Le tibia est le plus généralement l'os le plus atteint; il représente des exostoses qui tantôt sont spongieuses et tantôt compactes et éburnées.

Les articulations des orteils et l'articulation tibio-tarsienne peuvent elles-mêmes, dans les cas graves, être atteintes, et on a observé de la raideur articulaire et même une véritable ankylose.

Tel est l'ensemble des lésions observées dans les membres variqueux; elles sont d'autant plus marquées que ceux-ci sont le siège d'ulcères plus ou moins étendus. Elles modifient singulièrement la résistance vitale de ces parties du corps et en font de véritables lieux de moindre résistance prédisposés aux infections secondaires. A mesure que les poussées inflammatoires se répéteront, la désorganisation anatomique des parties constituantes ira en augmentant et on verra survenir des complications plus ou moins graves et parmi elles celles que nous nous proposons d'étudier.

L'ÉLÉPHANTIASIS ULCÉREUX D'ORIGINE LYMPHATIQUE.

Cette complication, observée sur les membres variqueux, était connue d'Avicenne; elle a été l'objet de descriptions plus ou moins complètes de la part des différents auteurs qui ont écrit sur les varices. Ce n'est guère que dans ces dernières années qu'elle a bien été étudiée au point de vue clinique et anatomopathologique. Jeanselme¹ en particulier, en 1888, dans sa thèse de Doctorat, en fait une description détaillée et montre, le premier, la nature et l'étendue des lésions de la peau et des tissus sous-cutanés.

L'éléphantiasis ulcéreux présente plusieurs modalités cliniques.

Tantôt il est étendu à tout le membre inférieur; plus marqué au niveau du segment inférieur, il remonte plus ou moins haut jusqu'au dessus du genou, envahit même parfois en partie la cuisse; il peut même être bilatéral, lorsqu'il existe des ulcères variqueux aux deux jambes.

1. Jeanselme. — Des Dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux. Paris, 1888.

Tantôt il est localisé et n'occupe qu'une portion du membre inférieur qu'il déforme alors d'une façon considérable. Cette forme que nous nous proposons plus particulièrement de décrire est en rapport avec la production d'une cicatrice circulaire qui siège le plus souvent à quelques centimètres au-dessus des malléoles et forme à ce niveau un véritable lien constructeur.

Éléphantiasis ulcéreux étendu

Lorsque l'éléphantiasis est étendu à un membre, le premier phénomène qui attire l'attention est l'augmentation de volume. L'hypertrophie est plus ou moins considérable, mais elle n'atteint jamais les proportions énormes qu'on observe dans l'éléphantiasis des Arabes ou dans les cas sporadiques qu'on rencontre parfois dans nos pays. Dans ces variétés, en effet, l'hypertrophie est plus étendue, plus massive ; le membre atteint a souvent triplé ou quadruplé de volume, comme nous avons pu nous en rendre compte chez une femme du département des Ardennes, qui, atteinte d'éléphantiasis du membre inférieur gauche, fit un assez long séjour à l'Hôtel-Dieu de Reims dans le service de notre regretté maître Gailliet.

Dans l'éléphantiasis ulcéreux étendu, les modifications de forme et de volume sont surtout marquées au niveau du pied, du cou-de-pied et du bas de la

jambe. C'est à ce niveau aussi que l'induration est à son maximum. Dans le reste du membre il y a le plus souvent une simple bouffissure, un empâtement plus ou moins diffus ; les saillies et les dépressions normales disparaissent. Le membre inférieur présente alors une déformation cylindro-conique qui est à rapprocher de la jambe en poteau des cardiaques.

La peau, épaissie, présente des saillies plus ou moins volumineuses séparées les unes des autres par des sillons plus ou moins profonds et plus ou moins entrecroisés. Elle est dure, ligneuse ; on ne peut en la comprimant avec la pulpe du doigt y déterminer de godet ; on ne peut en la pinçant entre les doigts déterminer son glissement sur les plans profonds avec lesquels elle est intimement soudée. En examinant avec soin la peau on voit qu'elle est hérissée de saillies dues à une hypertrophie des papilles du derme ; chacune de ces saillies est recouverte par une couche cornée plus ou moins épaisse et dure. Si elle reste exposée à l'air, la peau ainsi modifiée est tapissée par des productions cornées formant parfois de véritable nappes souvent craquelées et fissurées. Dans les sillons, entre les orteils, c'est-à-dire dans les points où la dessiccation épidermique est moins marquée, dans les cas aussi où ont été appliqués des pansements humides, on retrouve un épiderme blanchâtre, fétide

et macéré, formant parfois des amas considérables.

La peau, ainsi modifiée, est le siège d'une véritable dermite végétante ou papillomateuse qui a été bien étudiée par Jeanselme, et nous n'avons rien à ajouter à la description qu'en a donnée cet auteur. Les altérations que présente la peau ainsi transformée sont plus ou moins marquées selon les différentes régions ; elles sont le plus souvent à leur maximum au niveau des orteils ; du dos du pied, du cou-de-pied et de la région malléolaire.

Les orteils se font remarquer d'abord par les modifications des ongles, ceux-ci sont ternes, opaques, grisâtres, souvent décomposés en stratifications multiples. Souvent ils se redressent, tendant à devenir horizontaux, et entre la lame cornée et le lit sous-unguéal on retrouve un amas de débris épithéliaux plus ou moins abondant.

Quant aux orteils eux-mêmes, ils ont complètement changé de forme ; leurs bords latéraux élargis se présentent sous l'aspect de véritables faces aplaties par pression réciproque. Le dos de l'orteil présente des sillons tantôt sous forme de crevasses, tantôt sous forme de fentes profondes. La face plantaire, qui, à l'état normal, est recouverte par une peau mince et lisse, est devenue rugueuse et dure ; elle ne présente plus traces de la concavité qu'on observe sur un pied normal.

Sur le dos du pied et le cou-de-pied, la lobulation de la peau affecte les formes les plus remarquables et les plus diverses. Le plus souvent il existe au-devant du cou-de-pied toute une série de sillons horizontaux et parallèles; ces sillons, très profonds et très étroits, ulcérés ou non, contiennent souvent un épiderme blanchâtre et macéré. Les circonvolutions qu'ils délimitent sont ordinairement segmentées par des anastomoses transversales, en lobules ovalaires à grand diamètre généralement horizontal. Ces lobules varient comme volume d'un noyau de cerise à un noyau de pêche; ils sont durs, sans élasticité, secs ou suintants, tantôt bas ou obtus, tantôt bien dégagés, quelquefois même ils ont de la tendance à se pédiculiser; leur surface libre est aplatie ou convexe, souvent parcourue par des sillons ébauchant des lobulations secondaires ou hérissée de saillies papillomateuses qui leur donnent l'aspect d'une framboise ou d'une mûre. La périphérie des lobules est prismatique par compression réciproque. Tous les sillons par chacune de leurs extrémités se portent en bas et en arrière dans la direction du talon; l'ensemble de ces sillons en forme d'anses parallèles, accumulés dans la région du cou-de-pied, rappelle les plis que dessine sur la jambe un bas mal tiré.

Souvent sur les parties latérales, au niveau et au

dessous des malléoles, les sillons sont nombreux ; ils décrivent par leurs anastomoses un réseau aérolaire dont chaque maille est renflée en un gros tubercule hérissé de papilles.

En arrière, dans la région sus-calcaneéenne, les sillons sont horizontaux comme à la face antérieure, mais plus nombreux et par conséquent plus rapprochés ; les circonvolutions plus étroites qu'ils délimitent ont moins de tendance à la segmentation (Jeanselme).

La plante du pied, comme on peut facilement s'en rendre compte par l'inspection ou par la méthode des empreintes, a perdu son excavation normale ; elle est aplatie et formée par une couche cornée plus ou moins épaisse, parfois parcourue par des fissures disposées sous forme de fentes très étroites.

On comprend facilement, sans qu'il soit besoin d'insister longtemps, que des déformations aussi grandes gênent ou font même disparaître les mouvements des orteils et ceux du pied sur la jambe. Dans les cas extrêmes, l'énorme hypertrophie du cou-de-pied et des pieds gêne considérablement les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne ; il y a même parfois, comme le fait remarquer Jeanselme, une sorte de fausse ankylose et le malade se trouve dans l'impossibilité absolue d'imprimer le moindre mouvement à son pied. L'impotence fonctionnelle est d'une façon générale

plus ou moins marquée, le pied est lourd et d'autant plus difficile à soulever que les muscles de la jambe sont eux-mêmes intéressés par le processus pathologique qui, de la peau, s'étend aux parties profondes du membre malade.

Sur la jambe, l'épaisseur et la dureté de la peau vont en diminuant à mesure que l'on remonte vers les parties supérieures, l'induration est presque aussi prononcée qu'au cou-de-pied, les tissus sont épaissis et lardacés. Ce même aspect se retrouve au voisinage de l'ulcère variqueux qui présente souvent sur ses bords des amas épithéliaux stratifiés et constitue la variété spéciale qui a été décrite par les auteurs sous le nom d'ulcère calleux.

Sur les parties supérieures de la jambe, l'induration est moins marquée ; elle devient résistante, élastique, permet même une certaine mobilité de la peau sur les plans profonds ; assez souvent elle s'étend jusqu'au voisinage de la tubérosité antérieure du tibia et s'y termine soit par une circonférence à peu près horizontale croisant en arrière la partie inférieure du creux poplité, soit par une ellipse très allongée. L'induration se termine rarement d'une manière abrupte, elle se perd ordinairement progressivement dans l'œdème. Celui-ci peut remonter parfois assez haut, gagne le genou qu'il déforme en faisant

disparaître ses saillies et ses dépressions ; il peut même occuper une partie plus ou moins étendue de la cuisse.

Eléphantiasis ulcéreux localisé.

A côté de la varité précédente qui occupe une partie étendue d'un membre, il en est d'autres où les lésions sont plus localisées.

La jambe, par exemple, depuis le genou jusqu'au cou-de-pied, peut être le siège de modifications anatomiques analogues à celles que nous avons précédemment décrites. La lésion est surtout marquée au voisinage, au-dessus et au-dessous de l'ulcère ; le pied, légèrement augmenté de volume, semble raccourci, mais la peau est peu modifiée, elle est un peu épaissie et il existe un léger degré d'œdème ; elle tranche par son aspect sur celle qui recouvre la jambe à partir des malléoles jusqu'au genou. Nous avons observé quelques cas où les déformations présentaient cette disposition. L'observation suivante que nous avons recueillie est un des exemples les plus typiques de cette variété d'éléphantiasis. Elle nous a paru d'autant plus intéressante à rapporter que les deux membres inférieurs sont atteints simultanément d'éléphantiasis à des degrés différents.

OBSERVATION (Personnelle).

Ulcères variqueux des membres inférieurs. — Éléphantiasis bilatéral.

Ber. . . , Louis, âgé de 70 ans, cultivateur, ne présente rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires. Il a eu à l'âge de 36 ans une fracture de la jambe droite. Il est athéromateux (artère radiale et temporale dures, épaisses et sinueuses, tension artérielle forte).

Le malade raconte que dès sa jeunesse se trouvaient sur ses deux membres inférieurs de petites saillies sinueuses, irrégulières, de coloration bleuâtre. Ces varices ont été en augmentant avec l'âge mais jamais elles ne l'ont empêché de se livrer à ses occupations.

En 1889, à la suite d'un traumatisme, il survint sur la jambe droite une petite plaie qui devint bientôt une véritable ulcération ; le malade n'en continua pas moins à vaquer à ses travaux.

L'ulcère continua à s'étendre et, en 1890, il avait envahi toute la face interne de la jambe.

En 1893, à la suite d'un repos prolongé que je conseillai au malade et de différents traitements, l'ulcère diminua d'étendue et aujourd'hui (mars 1895) il existe à dix centimètres au-dessus de la malléole interne une perte de substance mesurant huit centimètres de longueur sur cinq centimètres de largeur.

Les lèvres de l'ulcère sont épaissies et taillées à pic ; le fonds anfractueux en est grisâtre ; en certains points on observe des saillies sous forme de bourgeons charnus rougeâtres. Il s'écoule en permanence de cette perte de substance un liquide jaunâtre, fétide.

A la suite d'inflammations répétées ayant l'ulcère pour point de départ, il s'est produit une transformation de la peau de la région, aboutissant à la production d'un véritable éléphantiasis. Celui-ci commence à cinq centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia et descend jusqu'au niveau de cou-de-pied où il se termine par un bourrelet saillant. La jambe est hypertrophiée et déformée ; elle affecte dans toute son étendue une forme régulièrement cylin-

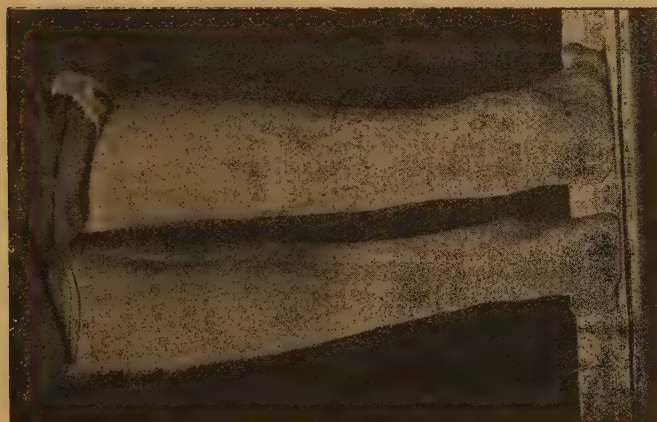


PLANCHE I.
Eléphantiasis ulcéreux des deux membres inférieurs (d'après nos photographies personnelles).

drique, les reliefs musculaires et osseux ont complètement disparu ; sa circonférence est à la partie supérieure de 36 centimètres, de 30 à la partie moyenne et de 35 centimètres au niveau du cou-de-pied.

En examinant avec soin le tégument on voit que celui-ci est épaissi, dur, résistant, qu'il ne glisse pas sur les parties profondes ; il est par endroits hérissé de petites saillies qui lui donnent un aspect de peau de chagrin à gros grains.

Le bourrelet qui limite l'éléphantiasis au niveau du cou-de-pied est saillant ; il descend obliquement au niveau de la face interne du pied dont la peau est altérée.

Le pied est augmenté de volume, les orteils sont globuleux, mais en aucun point il n'existe de transformation cutanée. La voûte plantaire est conservée.

La cuisse est normale ; elle ne présente que les dilatations variqueuses. Les ganglions inguinaux, indurés mais peu volumineux, sont perceptibles au toucher.

Le membre inférieur gauche, qui, lui aussi, est le siège de varices, présente au niveau du tiers inférieur de sa face interne une cicatrice d'ulcère variqueux. Il existe sur ce membre une zone d'éléphantiasis enveloppant le tiers inférieur de la jambe sur une hauteur de quatorze centimètres. Il existe au niveau de sa limite inférieure, c'est-à-dire au niveau du cou-de-pied, un bourrelet comparable à celui du côté opposé, mais beaucoup moins saillant que lui. La déformation de la jambe gauche est moins marquée que celle de la jambe droite ; elle est néanmoins cylindrique dans ses trois-quarts inférieurs et la circonférence est de vingt-six centimètres au niveau de la partie moyenne et au niveau du cou-de-pied.

Le dessin qui accompagne cette observation est la reproduction photographique des altérations que nous venons de décrire.

Dans quelques cas l'éléphantiasis peut occuper la

partie moyenne de la jambe en respectant le collet sus-malléolaire et la région tibio-tarsienne. D'après Hébra et Kaposi, cette disposition se retrouverait surtout au voisinage des ulcères syphilitiques.

D'après Jeanselme, cette forme hypertrophique peut résulter de la présence d'un eczéma variqueux ; il rapporte comme preuve l'observation suivante dans laquelle la syphilis ne peut être incriminée.

OBSERVATION (Jeanselme) Résumée.

B..., chauffeur, 39 ans. Varicosités très nombreuses, œdème le soir depuis 6 ans ; depuis la même époque il y a de l'eczéma de la jambe droite compliqué d'ulcérations ; souvent il y a une corde lymphangitique à la face interne de la cuisse droite et de l'adénopathie.

Actuellement : la cuisse droite est bouffie, le mollet fait un relief très exagéré, inférieurement il se rétrécit graduellement ; le collet sus-malléolaire, le cou-de-pied et le pied ont leur volume normal. Le diamètre maximum du mollet a 8 centimètres de plus du côté malade que du côté sain.

Au niveau du tiers moyen de la jambe droite, existe un bracelet complet d'éléphantiasis dur recouvert d'eczéma violacé.

C'est à la face interne de la jambe que ce bracelet atteint sa plus grande hauteur ; en ce point existe un grand ulcère de 6 à 8 centimètres de diamètre, arrondi, dont les bords résultent de la coalescence de nombreux segments de cercles.

Au-dessus et au-dessous de l'éléphantiasis qui se présente avec ses caractères d'induration, il existe une résistance élastique remontant jusqu'au genou et descendant jusqu'au voisinage des chevilles.

Il y a élévation de la température locale ; les sensibilités tactile et thermique sont très émoussées.

L'examen attentif du malade ne fait découvrir aucune trace de syphilis.

Éléphantiasis ulcéreux segmentaire

En proposant cette dénomination, nous voulons indiquer que cette troisième variété n'intéresse qu'une portion, un segment du membre inférieur, le pied et une partie plus ou moins étendue de l'extrémité inférieure de la jambe. Cette localisation est une variété de la forme précédente ; les caractères qu'elle présente sont tout-à-fait particuliers et elle mérite que nous la décrivions complètement, car jusqu'à présent elle a été plutôt signalée que véritablement étudiée.

Dans cette forme il y a deux altérations à considérer : d'une part l'ulcère ou la cicatrice qui lui succède, dont la forme annulaire est tout-à-fait spéciale, et, d'autre part, l'éléphantiasis du pied et de la partie inférieure de la jambe ; la seconde de ces altérations est la conséquence inévitable de la disposition anatomique de la première.

Desprès¹ est un des rares auteurs qui aient signalé cette forme : « La cicatrice, écrit-il, formant un lien circulaire autour du membre, la circulation en retour est gênée et l'on comprend qu'il puisse y avoir un éléphantiasis au-dessous de la cicatrice. »

1 Despres. — Traité du diagnostic des maladies chirurg. Paris, 1863.

Jeanselme résume en ces termes les modifications que présente la partie inférieure de la jambe : « Quelquefois l'étranglement est limité au tiers inférieur de la jambe, il forme une sorte de manchon ou même simplement d'anneau immédiatement au-dessus du renflement du cou-de-pied. Dans un certain nombre de cas la circonférence de la jambe, en un point donné, ordinairement au-dessus des malléoles, est labourée de cicatrices nombreuses et serpigneuses, ou porte une cicatrice unique formant un bracelet fibreux complet qui étrangle les parties molles et s'applique sur les os. C'est brusquement au-dessous, sous forme de ressaut abrupt, que débute la tuméfaction du cou-de pied ; dans ces cas, il n'est pas rare d'observer une déformation vraiment monstrueuse du pied, car l'obstacle qu'apporte à la circulation en retour la présence de la rétraction fibreuse amène la production d'un œdème par stase au niveau du pied, œdème dont l'effet, s'ajoutant à l'hypertrophie éléphantiasique, exagère encore la difformité. »

Lesage¹ a vu, dans le service du Vulpian, un malade chez lequel, à la suite d'un ulcère circulaire, il y avait un étranglement très prononcé du bas de la jambe ; immédiatement au-dessous, le pied avait un volume énorme.

1. Lesage, cité par Jeanselme, page 21.

Rémy a observé dans son service de l'Infirmierie de la Maison de Nanterre un bel exemple de cet éléphantiasis segmentaire. La planche qui le représente et que nous lui devons est due à l'habile crayon du docteur O. Benoît.

OBSERVATION (inédite)

Due à l'obligeance du D^r Ch. Rémy

Ulcère variqueux annulaire — Éléphantiasis segmentaire énorme

Joséphine D..., âgée de 47 ans, habitant Saint-Denis, entre en 1889 à l'infirmierie de la Maison de Nanterre.

Elle est atteinte depuis de longues années de varices volumineuses des membres inférieurs et depuis 6 ans environ d'un ulcère variqueux de la jambe droite, ulcère qu'elle a complètement négligé de soigner.

Cet ulcère à fond anfractueux, à bords épais, siège à sept centimètres au-dessus des malléoles ; il est large d'environ deux centimètres et disposé d'une façon circulaire autour de la jambe ; c'est un bel exemple d'ulcère annulaire ; il donne lieu à une sécrétation purulente assez abondante et assez odorante. Il y a de l'atrophie notable des muscles du mollet.

La malade est maigre, pâle, cachectique ; elle vomit les aliments. Son urine contient de l'albumine en grande quantité. Le membre du côté sain ne présente pas d'œdème.

En raison de l'albuminurie abondante et de l'état cachectique, il n'y avait pas lieu de songer à une intervention chirurgicale.

La malade fut mise au lait et condamnée au repos absolu au lit. Elle ne tarda pas à reprendre de l'appétit, mais elle était toujours très pâle et son urine contenait toujours de l'albumine en notable quantité.



PLANCHE II.

Eléphantiasis segmentaire par ulcère annulaire

(D'après une photographie du Dr Ch. Rémy)

Sous l'influence du repos et de pansements appropriés, l'ulcère diminua peu à peu d'étendue ; ses bords se resserrèrent et devinrent durs et scléreux. Cette ébauche de cicatrisation ne tarda pas à agir comme un lien constricteur placé autour de la jambe et détermina dans le segment sous-jacent du membre des troubles graves de la circulation. Le pied augmenta progressivement de volume, se déforma. La peau épaissie et dure se couvrit bientôt de végétations papillomateuses de dimensions différentes. Les saillies verruqueuses recouvertes de squames épidermiques étaient séparées les unes des autres par des fissures et par des sillons plus ou moins profonds.

Un an après l'entrée de la maladie à l'infirmerie, l'anneau cicatriciel était plus serré, et le pied, complètement altéré, présentait les déformations que représente le dessin. La plante du pied forme une surface plane, le dos du pied couvert de végétations dermo-épidermiques énormes forme une saillie considérable au devant de laquelle pendent les orteils énormément allongés et globuleux. Au niveau du cou-de-pied les saillies verruqueuses sont moins marquées ; au niveau des malléoles toutes les saillies et toutes les dépressions normales ont complètement disparu. L'altération éléphantiasique de la peau se poursuit sur l'extrémité inférieure de la jambe et elle se termine au niveau de l'ulcère annulaire par un bord abrupt plus saillant en arrière.

Quant à l'ulcère lui-même il s'est peu modifié. Son bord supérieur légèrement épaissi se continue avec la peau de la jambe légèrement sclérosée à son voisinage, mais ne présentant aucune altération éléphantiasique.

Les muscles du mollet sont atrophiés et cette atrophie rend plus saillant le contraste qui existe entre le volume de la jambe et celui du pied qui, par ses caractères généraux, se rapproche complètement d'un vrai pied d'éléphant.

L'état général de la malade s'était amélioré depuis son entrée à l'infirmerie, mais l'albuminurie était toujours constante et abondante. L'examen méthodique de la rate, du foie, ne permit de reconnaître aucune augmentation de volume de ces deux organes et il fallait

exclure, après cette constatation, malgré la pâleur des téguments et l'albuminurie, toute possibilité de dégénérescence amyloïde des viscères, dégénérescence à laquelle on avait songé à plusieurs reprises. Le poumon et le cœur continuaient à être sains.

La malade, confinée depuis de longs mois au lit, demandait avec insistance à être débarrassée d'un segment de membre qui était tout à fait gênant. Elle fut amputée en août 1890 et guérit rapidement. L'albuminurie ne tarda pas à disparaître et, deux mois après son amputation, la malade, munie d'une jambe de bois, regagna Saint-Denis où on la rencontre tous les jours implorant la charité des passants.

Elle a été revue en mars 1894; elle présente sur la jambe gauche un ulcère qui est, lui aussi, d'origine variqueuse.

L'examen macroscopique du membre amputé a permis de reconnaître une dilatation veineuse énorme de tout le membre et une dégénérescence graisseuse des muscles de la jambe qui présentaient une coloration jaune d'or pâle.

L'examen histologique de la peau du pied n'a pas été pratiqué.

Parmi les observations publiées par Jeanselme, il en est quelques-unes qui méritent d'être rapprochées de celle que nous venons de rapporter. On pourra facilement s'en convaincre par les courts résumés que nous en donnons.

OBSERVATION (Jeanselme).

Varices depuis l'enfance, très nombreuses poussées lymphangitiques. — Eléphantiasis énorme du membre inférieur gauche causé par de nombreux ulcères serpigneux. — Étranglement très marqué du mollet. — Dermite végétante exubérante.

Nol..., Claude, 61 ans, autrefois domestique, actuellement à Bicêtre. Les varices existaient déjà à l'âge de huit ans; vers 18 ans

les jambes enflaient déjà pendant la marche. Le malade aurait certainement été exempté du service militaire pour varices s'il ne l'avait été par le sort. A 21 ans une varice creva un peu au-dessus de la cheville externe gauche; depuis ce temps s'est développé un ulcère qui n'a jamais guéri. Alors survinrent de nombreux « érysipèles » à tel point que, au dire du malade, il y en eut sept dans la seule année 1881; il y a 3 ans un second ulcère se développa au niveau de la malléole interne gauche. Depuis longtemps il y a de l'eczéma de la jambe gauche dans presque toute sa hauteur.

La déformation consiste en une tuméfaction œdémateuse considérable de la cuisse gauche à laquelle succède un étranglement très marqué de la jambe. Le mollet a presque complètement disparu, étouffé par une dermite très dure. Au niveau de la région sus-malléolaire, à la rétraction fait place brusquement une énorme hypertrophie du cou-de-pied, du pied et des orteils. La voûte plantaire est comblée entièrement par la tuméfaction.

Depuis 8 ans le malade est obligé de porter un soulier spécial à quartiers très peu élevés, à talon large et bas. L'avant-pied très raccourci reste à angle droit sur la jambe dans le décubitus dorsal au lieu de se placer à angle obtus.

Le membre malade, qui a 6 centimètres $1/2$ de moins que le membre sain au niveau du mollet, mesure 7 centimètres $1/2$ de plus au niveau du cou-de-pied.

L'état papillomateux commence au bas de la jambe au pourtour des ulcères. Au voisinage du cou-de-pied les papilles deviennent extraordinairement confluentes, elles forment un gazon absolument continu.

Au niveau de la face antérieure du cou-de-pied très nombreuses fissures non suintantes se coupant de manière à former des mamelons aplatis, polygonaux, pressés les uns contre les autres, hérissés de papilles basses.

Entre le cou-de-pied et le pied existe un sillon transversal très prononcé et non ulcéré. Sur le dos du pied, énormément tuméfié, il y a un œdème dur et rose et l'état papillomateux n'est pas très marqué.

Les orteils sont énormes, prismatiques, à extrémité libre non arrondie, coupée carrément ; toute la face dorsale des orteils est recouverte d'une mosaïque cornée. Les ongles striés en long, coupés par des ressauts transversaux, ont leur extrémité libre qui regarde directement en haut ; ils sont soulevés par une abondante accumulation de débris épidermiques.

OBSERVATION (Jeanselme). Résumée.

Varices. — Dermite avec étranglement du mollet. — Ulcère en bracelet au bas de la jambe gauche. — État végétant du cou-de-pied et des orteils.

Lomb..., 60 ans, ancien poseur de rails, actuellement à Bicêtre. Varices serpentine des membres inférieurs, surtout visibles au voisinage et au niveau des genoux, paraissant plus développées à gauche qu'à droite. Veinosités nombreuses sur le dos du pied droit, à gauche elles sont voilées par la dermite.

Ulcère assez profond à bords taillés nettement à pic, polycycliques par fusion de plusieurs ulcérations, décrivant une bande capricieuse large de 3 à 6 centimètres, qui cerne et étrangle la jambe dans presque toute sa circonférence au niveau du tiers inférieur.

Au niveau du cou-de-pied, de la région sus-calcaneenne et des régions malléolaires, cercle péri-malléolaire énorme, masquant le relief des deux chevilles. La peau, d'un rose tendre, est luisante, comme vernissée, soulevée par de nombreux mamelons obtus de toutes les dimensions. Ces saillies sont jetées pêle-mêle, sans ordre, quelques-unes sont mieux détachées et surgissent au-dessus des autres ; en certains points la peau est déprimée en sillons larges et peu profonds.

Au niveau de la racine et du dos des orteils, un état mamelonné analogue à celui du cou-de-pied reparaît ; le tout est recouvert d'un épiderme craquelé en mosaïque, très adhérent et coloré en gris noirâtre.

Dans cette forme d'éléphantiasis segmentaire deux choses, avons-nous dit, sont à considérer : d'une part l'ulcère annulaire et de l'autre les déformations de la sous-jacente du membre :

1°. — L'ulcère annulaire ou en bracelet.

Abandonné à lui-même, un ulcère de jambe d'origine variqueuse tend à gagner en profondeur ; en même temps que ses bords taillés à pic sont soulevés par le gonflement, le fond en devient violacé, saignant, rarement bourgeonnant et rosé, le plus souvent blafard ou jaunâtre. Il est, en général, recouvert par une couche plus ou moins épaisse de pus, et celui-ci répand souvent une odeur infecte. Il constitue un foyer de pullulation pour les germes pathogènes et peut devenir le point de départ de lymphangites, de périphlébites et même de phlébites suppurées, complications dont la gravité peut être extrême.

D'une façon générale on peut dire d'un ulcère de jambe qu'il est plus dangereux par son étendue que par sa profondeur. Cependant, quelles que soient ses dimensions, tant qu'il conserve la forme arrondie ou elliptique, il est susceptible de guérir.

Quand il affecte une marche serpiginieuse et que, parti d'une face de la jambe, il croise la crête tibiale et finit par faire le tour du membre, il acquiert une

grande gravité. Il constitue alors *l'ulcère annulaire ou en bracelet*. Cette variété peut encore être produite par la fusion de plusieurs ulcères situés au même niveau, mais sur des parties différentes de la jambe et qui, à un moment donné de leur évolution, arrivent à se rejoindre et à communiquer les uns avec les autres.

L'ulcère une fois constitué, il se produit à son voisinage une véritable sclérose de la peau et des plans profonds et ainsi se trouve constitué un véritable anneau d'autant plus serré et étroit que la perte de substance tend vers la cicatrisation. Cette induration signalée par Auzihlon en 1869 serait, d'après A. Broca et Jeanselme, consécutive à l'eczéma variqueux qui déterminerait, d'après ces auteurs, une véritable dermite atrophique. Mais ce mécanisme n'est pas le seul en cause et il faut, pour expliquer cette sclérose de la peau et des plans sous-cutanés, tenir compte des poussées inflammatoires diverses qui se font au niveau ou au voisinage de l'ulcère. Depuis Nélaton on connaît bien l'induration calleuse que présentent les bords des ulcères variqueux. Elle s'étend en nappe dans une étendue plus ou moins grande, remontant rarement vers le mollet et gagnant de préférence les parties déclives du membre. La peau qui en est le siège présente des caractères spéciaux ; elle acquiert

la consistance de la peau gelée, les poils disparaissent, il survient une coloration qui va du brun au violacé. La surface entamée est plane et lisse, tantôt parcheminée et verruqueuse, souvent elle se recouvre de squames épidermiques.

Cette induration seule ou la cicatrisation partielle de l'ulcère arrivent, au bout d'un temps plus ou moins long, à former autour de la jambe, à quelques centimètres au-dessus des malléoles, un véritable anneau, un bracelet. Celui-ci, par son resserrement ou par le fait de l'expansion en profondeur de la sclérose superficielle, constitue un lien constricteur et le segment de membre sous-jacent se trouve étranglé comme dans l'aïnhum.

La conséquence immédiate de cette constriction est une gêne de la circulation veineuse et lymphatique dans le segment du membre sous-jacent et l'apparition d'un œdème qui est le premier stade du développement de l'éléphantiasis segmentaire.

2°. — *Eléphantiasis segmentaire.*

Sous l'influence des modifications de la circulation en retour, le bas de jambe, le cou-de-pied et le pied augmentent de volume et cette augmentation devient permanente. La forme du segment de membre est considérablement modifiée : les saillies malléolaires dispa-

raissent, le dos du pied s'hypertrophie, la voûte plantaire disparaît, les orteils deviennent globuleux. Bientôt surviennent les troubles trophiques, probablement en rapport avec les lésions des troncs nerveux, qui, eux aussi, doivent être intéressés par le processus pathologique. Le derme s'épaissit et devient dur et résistant ; il se produit une hypertrophie des papilles qui forment des saillies bourgeonnantes plus ou moins volumineuses. Entre ces saillies se creusent des sillons plus ou moins profonds, de directions variées, s'entrecroisant les uns avec les autres.

L'épiderme prolifère lui aussi et forme des squames des écailles, ou de véritables gaines cornées qui coiffent les papilles hypertrophiées. Les ongles se fendillent, présentent des crénelures ; ils se redressent soulevés qu'ils sont par des débris épithéliaux accumulés entre eux et le lit sous-unguéal sur lequel ils reposent.

La consistance des parties est ferme et résistante, le doigt ne peut imprimer de godet ; la peau épaissie semble soudée aux plans profonds qu'on ne peut explorer et sur lesquels on ne peut la faire glisser.

A son degré extrême, comme dans notre observation, l'affection constitue une véritable monstruosité : le pied déformé, raccourci, aplati sur sa face plantaire, hypertrophié d'une façon énorme sur sa face dorsale, ressemble tout à fait à un pied d'éléphant, il fait par son volume

considérable un contraste frappant avec la jambe atrophiée à l'extrémité de laquelle il semble appendu.

Les mouvements des orteils, ceux de l'articulation tibio-tarsienne ont complètement disparu; la lourdeur du pied rend la marche impossible et cette impotence fonctionnelle est d'autant plus marquée qu'il y a atrophie de tous les muscles de la jambe. Le malade peut encore marcher mais en traînant sur le sol l'énorme masse qui pend au bout de sa jambe.

L'affection est devenue progressivement une monstruosité incurable.

Quelle que soit la variété de l'éléphantiasis, qu'il soit localisé ou étendu, les altérations anatomiques sont toujours les mêmes. Elles ont été bien étudiées dans ces dernières années par Neumann, Klebs, Vanlair, J. Renaut, Jeanselme.

Le derme épaissi est dur à couper; quand on veut le détacher des parties profondes, on ne peut y parvenir qu'avec peine, car il y a fusion plus ou moins complète du tissu cellulaire sous-cutané avec les plans aponévrotiques profonds. En disséquant avec soin on peut toutefois le soulever et il se présente alors avec la consistance d'une plaqué de carton. La peau a perdu sa contractibilité. Au voisinage des ulcères la peau est très épaissie et l'épaississement est dû non seulement au derme lui-même, mais encore

à l'épiderme qui forme en ces régions des stratifications constituant les callosités décrites par Nélaton. Le fond des ulcères calleux est séparé du tibia par une couche lardacée plus ou moins épaissie. Le tissu conjonctif présente dans toute l'épaisseur du membre une apparence gélatiniforme; vers le bas de la jambe il y a fusion des gaines tendineuses, vers le haut il y a dégénérescence graisseuse des muscles et souvent sclérose des aponévroses et des cloisons intermusculaires. On a même signalé comme assez fréquente la dégénérescence calcaire de ces différentes parties. Les os eux-mêmes subissent diverses modifications qui ont été bien décrites par Reclus.

Au point de vue histologique, les lésions de la peau représentent un type de dermite végétante hypertrophique que Renaut décrit sous le nom de papillome diffus. Les papilles, considérablement hypertrophiées, sont formées par un tissu conjonctif embryonnaire d'apparence muqueux, comparable à celui qui forme les polypes observés dans les fosses nasales. Les papilles sont séparées les unes des autres et recouvertes par des amas de cellules épithéliales dues à la prolifération excessive de l'épiderme. Le centre des papilles est occupé par un riche réseau vasculaire sanguin et par de vastes espaces lacunaires lymphatiques. Dans la profondeur du derme il y a infiltration de cellules em-

bryonnaires et par places hyperplasie des faisceaux conjonctifs, des fibres élastiques et même de fibres musculaires lisses. De nombreuses cellules lymphatiques sont disséminées dans toute l'épaisseur de la peau; elles sont par places réunies sous la forme d'amas plus ou moins volumineux.

Cette infiltration se retrouve dans les plans sous-jacents et elle est dans ces régions associée à une sclérose plus ou moins marquée du tissu conjonctif et de ses dépendances, aponévroses d'enveloppe, inter-musculaires, gâines vasculaires et nerveuses.

Dans ces dernières années, la pathogénie de ces lésions a été bien nettement élucidée et Jeanselme en particulier a bien montré comment elles s'installent et évoluent progressivement.

« Voici, écrit-il, un individu porteur de varices ou mieux des varicosités depuis de longues années; il a vu d'abord apparaître de l'œdème au niveau de ses chevilles; cet œdème, surtout marqué le soir, disparaissait le matin.

Quelques années plus tard l'œdème était moins mobile, il ne cédait plus aussi facilement au repos, l'induration apparaissait au niveau de la moitié inférieure de la jambe; alors une cause occasionnelle quelconque, telle qu'une plaie (commémoratif qui se trouve fréquemment à l'origine d'un ulcère) a suffi

pour créer sur ce terrain si bien préparé une lésion pour ainsi dire incurable. Une fois l'ulcère constitué il n'y a guère de chance de guérison durable. A l'occasion de cet ulcère, ou même sans lui, par la seule présence des varices qui l'y attirent et qu'il l'y fixent, se développera de l'eczéma sur les membres inférieurs. Voilà donc créés, et pour ainsi dire installés pour la vie ces deux grands générateurs de l'éléphantiasis. Le mécanisme qu'ils emploient pour y parvenir est l'altération des voies lymphatiques.

L'irritation sourde des ganglions amène à la longue leur hypertrophie chronique, ce qui gêne le cours de la lymphe. Les tissus gorgés de ce liquide qui ne trouve plus son écoulement, toutes les voies d'absorption étant malades (veines et lymphatiques) dilate les espaces et les vaisseaux blancs et achève de désorganiser la peau. Celle-ci devient par cela même de plus en plus apte à se laisser envahir par les germes infectieux au niveau des surfaces eczémateuses ou ulcéreuses. Alors, les poussées lymphangitiques se précipitent, chacune d'elles augmente l'imperméabilité des ganglions et laisse après elle une quantité toujours croissante d'œdème cellulogène qui s'organise pendant les périodes d'accalmie. Cette néoformation sert elle-même d'épine et d'occasion pour une nouvelle poussée.

Ainsi donc la lymphangite accroît l'œdème et l'œdème appelle la lymphangite. »

Tel est, clairement indiqué, le rôle de l'appareil lymphatique dans cette première variété d'éléphantiasis observé sur les membres atteints d'ulcères variqueux.

Nous ajouterons seulement qu'une certaine part doit revenir dans la production de ces troubles trophiques au système nerveux, car, ainsi que l'ont montré les belles recherches de Quénu, les troncs nerveux participent eux aussi au processus pathologique et sont intéressés de diverses façons.

ÉLÉPHANTIASIS VARIQUEUX D'ORIGINE VASCULAIRE SANGUINE

La forme d'éléphantiasis, que nous avons étudiée dans les pages précédentes et qui est d'origine lymphatique, est la plus fréquemment observée parmi les complications des ulcères variqueux. A côté d'elle il en existe une autre, beaucoup plus rare, que nous allons chercher à décrire en nous basant sur les documents cliniques et anatomo-pathologiques que Ch. Rémy a mis à notre disposition. Cette variété présente des symptômes spéciaux; elle est en rapport avec des lésions vasculaires tout-à-fait particulières que nous décrirons plus loin.

Avant d'en esquisser les manifestations symptomatiques, nous rapporterons les deux observations qui ont servi à notre étude.

OBSERVATION (inédite).

(Due à l'obligeance du docteur Ch. Rémy).

Un cocher alcoolique, âgé de 50 ans, entre en 1892 dans mon service de l'infirmerie de la Maison de Nanterre, pour un

éléphantiasis des deux membres inférieurs, s'étendant des pieds jusqu'à la partie moyenne des cuisses.

Cet homme raconte que depuis de longues années il avait des varices volumineuses des deux membres et que jamais il n'a eu d'ulcère variqueux ; on ne trouve d'ailleurs pas de cicatrices sur le tégument.

Le gonflement des membres s'est fait progressivement par une série de poussées. Chacune d'elles était caractérisée par l'apparition de plaques rouges, légèrement saillantes, à bords irréguliers, ressemblant à des plaques de lymphangite ou d'érysipèle.

A la suite de ces gonflements répétés, la peau restait rouge, et chaque fois un nouveau territoire de peau saine était envahi.

Je vis ce malade à plusieurs reprises dans mon service et je fus témoin de plusieurs accès. Au niveau des parties les plus anciennement atteintes, la peau rouge présentait une série de saillies peu volumineuses, comparable aux gros grains de maroquin, séparées les unes des autres par des sillons plus ou moins profonds. Ces végétations papillomateuses étaient recouvertes d'écailles épidermiques plus ou moins épaisses.

Au niveau des plaques nouvelles, la peau présente une coloration rouge vif que la pression du doigt ne fait pas disparaître, coloration qui est limitée par un bord festonné légèrement saillant. Il n'y a pas d'élévation notable de la température locale, pas de gonflement douloureux des ganglions inguinaux. Il n'existe pas de fièvre ni de troubles gastro-intestinaux. Le malade éprouve un peu de malaise et de fatigue, il est obligé de garder le lit, mais il a conservé son appétit.

Je vis ce malade à plusieurs reprises dans mon service et deux fois il put reprendre ses occupations. Lorsqu'il fut admis une troisième fois, il était cachectique, amaigri, présentant une teinte jaunâtre qui contrastait singulièrement avec la coloration rouge de ses membres inférieurs considérablement hypertrophiés. La teinte rouge était confluyente sur les jambes ; au niveau des cuisses les placards rouges étaient plus ou moins séparés les uns des autres et formaient des dessins irréguliers avec saillies et angles rentrants.

Au-dessus d'eux apparaissaient des varices énormes sous forme de cordons sinueux et saillants.

Le malade présenta à plusieurs reprises des troubles de circulation cérébrale et ne tarda à mourir cachectique.

Des morceaux de peau furent enlevés en différents points sur les membres inférieurs pour en faire l'examen histologique.

OBSERVATION (inédite).

(Due à l'obligeance du docteur Ch. Rémy).

La même année 1892, quelques jours seulement après que j'avais constaté la nature de cette singulière affection, une paysanne, blanchisseuse de Nanterre, âgée de 50 ans, entre à l'infirmerie pour une affection des deux membres inférieurs, semblable à la précédente.

Cette femme venait d'être prise d'accidents particuliers du côté de ses jambes. Elle portait jusqu'alors des varices des deux membres inférieurs qui ne l'avaient gênée que par leur volume et les douleurs qu'elles provoquaient. Mais depuis une quinzaine de jours elle avait été prise, sans cause connue, ni ulcère, ni plaie, ni irritation spéciale de la peau, d'une sorte d'éruption sur la face antéro-interne de la jambe gauche. La peau était rouge, violacée. Elle était épaisse, surélevée. La plaque de gonflement qui pâlisait sous le doigt était limitée par le rebord comme un érysipèle. Il n'y avait ni ganglions, ni trainée lymphangitique, aucun état général, mais un malaise qui avait déterminé la malade à venir se faire soigner.

Cette poussée céda à un repos d'une quinzaine, aidé de lotions antiseptiques. La peau reprit une teinte presque normale.

N'était-ce pas le début d'une capillarité variqueuse ?

Mais je n'ai pas revu la malade et n'ai pas eu de renseignements depuis sur la marche de son affection.

ÉTUDE CLINIQUE

Des malades porteurs de varices plus ou moins volumineuses peuvent présenter, sous l'influence de causes occasionnelles encore inconnues, les complications suivantes intéressant la peau de leurs membres inférieurs. On voit apparaître sur le tégument des plaques rouges, légèrement bombées, limitées par un rebord légèrement saillant. Ce bord est sinueux, irrégulier : il présente des pointes plus ou moins arrondies séparées les unes des autres par des angles rentrants. Le derme surélevé présente une coloration rouge uniforme qui ne disparaît pas sous la pression du doigt. La teinte est comparable à celle de la lymphangite en plaques ou de l'érysipèle, mais elle en diffère par sa coloration plus vive. Il y a une légère exagération de la température locale, une sensibilité un peu plus vive qu'à l'état normal, mais on ne constate pas les signes ordinaires d'une inflammation locale. Les limites de la région atteinte sont bien nettes et on ne trouve pas dans son voisinage de traînées rougeâtres de lymphangite ; il n'existe pas

non plus d'adénite inguinale, complication qui ne ferait pas défaut s'il s'agissait d'une inflammation cutanée d'origine microbienne. D'ailleurs l'absence d'ulcère exclut l'hypothèse d'une infection secondaire ; sur toute l'étendue du membre la peau a conservé son intégrité, il n'existe aucune solution de continuité et par conséquent aucune porte d'entrée par laquelle puissent pénétrer les germes pathogènes. Le malade se plaint d'éprouver un peu de chaleur et de lourdeur du membre et s'il demeure au lit c'est pour éviter toute complication plus grave. Il ne présente d'ailleurs pas de phénomènes généraux, ni anorexie, ni soif, ni signes d'embarras gastriques, ni élévation de la température.

Les varices, au voisinage desquelles s'est développée la plaque œdémateuse, ne présentent de leur côté aucun phénomène inflammatoire et par une palpation attentive on ne peut trouver traces de périphlébite.

La plaque s'étend progressivement mais les légers phénomènes locaux ne tardent pas à rétrocéder. Toutefois, et c'est là une particularité bien intéressante à signaler et qui nous paraît tout-à-fait caractéristique, la région œdématiée conserve une coloration rouge spéciale.

De nouvelles poussées analogues à celle que nous venons de décrire se succèdent et après chacune d'elles

la surface de peau épaissie et rouge est de plus en plus grande.

En même temps la peau subit des transformations qui aboutissent progressivement à l'éléphantiasis ; la couche cornée s'épaissit par places, les papilles augmentent de volume et forment des saillies plus ou moins volumineuses. Le tégument épaissi ressemble à du maroquin rouge à gros grains inégaux. Il n'est pas possible de le déprimer en godet avec les doigts, mais il est facile de le saisir sous forme de gros plis, car il n'est pas intimement plaqué sur les plans profonds comme dans l'éléphantiasis d'origine lymphatique.

Lorsqu'un certain nombre de poussées s'est produit, toute la peau des jambes et d'une partie des cuisses est envahie et l'affection se présente avec ses caractères symptomatiques les plus typiques. Il semble alors, dit Ch. Rémy, que le malade soit porteur d'un épais pantalon rouge, brunâtre, un peu ample, qui enveloppe les membres inférieurs et masque plus ou moins complètement les saillies et dépressions anatomiques normales.

Tel est le degré extrême de l'éléphantiasis variqueux d'origine vasculaire ; à cette période de son évolution son aspect est assez spécial pour qu'on ne puisse le confondre avec aucune autre affection.

Mais il n'en est pas de même aux premières étapes,

alors que l'affection est encore localisée sous forme de plaques plus ou moins étendues. On pourrait, en effet, facilement la confondre avec un érysipèle ou une lymphangite disposée en réseaux. Nous avons cherché déjà à bien indiquer les caractères qui permettent d'éviter cette confusion et nous rappelons seulement ici que dans la forme d'affection cutanée que nous étudions, les phénomènes réactionnels locaux sont peu marqués, qu'en particulier il n'y a aucune trainée de lymphangite, aucune adénite de voisinage, et qu'enfin les phénomènes généraux (fièvre, troubles gastriques) sont complètement défaut.

Lorsque les placards sont étendus, on pourrait croire à une poussée d'eczéma aigu, d'autant plus que nous savons que l'eczéma est fréquemment observé sur les membres variqueux, les varices et l'eczéma étant deux manifestations de la même diathèse arthritique ou herpétique. Avec un peu d'attention il sera facile de séparer nettement l'éléphantiasis rouge de l'eczéma même aigu et l'évolution si différente des deux affections servira encore à confirmer cette distinction.

Une fois constitué, l'éléphantiasis d'origine vasculaire continue à augmenter progressivement; il constitue une affection incurable comme en témoignent les deux observations que nous avons rapportées.

ÉTUDE ANATOMO - PATHOLOGIQUE

En se basant sur ses préparations microscopiques, le Docteur Ch. Rémy décrit de la façon suivante les altérations pathologiques que présente la peau dans cette dernière variété d'éléphantiasis.

Sur des coupes perpendiculaires à la surface, on constate tout d'abord une augmentation plus ou moins considérable de volume des papilles. Elles sont recouvertes par une couche cornée plus ou moins épaisse; des prolongements épithéliaux s'enfoncent profondément et les séparent les unes des autres. Le corps de la papille est rempli de cellules rondes comparables à celles que l'on observe dans les inflammations du derme. Le tissu qui les forme ressemble même par places à celui qu'on retrouve dans les polypes muqueux du nez.

Le derme est lui aussi infiltré par une quantité innombrable de cellules de nature conjonctive surchargées de pigment jaune du sang décomposé. On retrouve la même infiltration dans les cloisons conjonctives du derme.

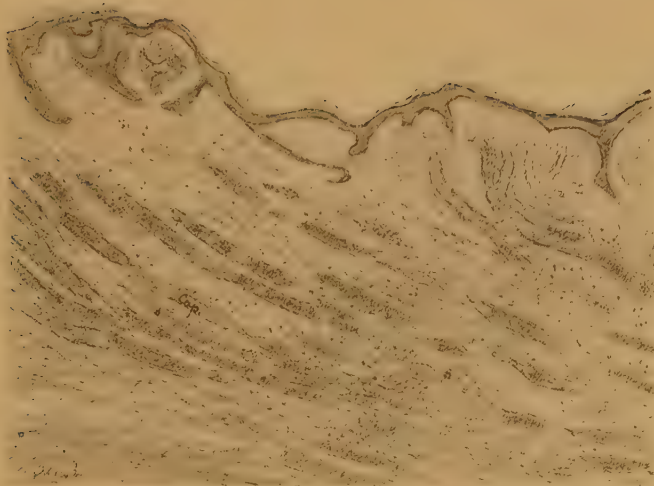
Ces différentes portions du tégument, papilles, derme, pannicules adipeux sont parcourues par des vaisseaux capillaires extraordinairement dilatés. Sur certaines coupes ces vaisseaux fins sont très rapprochés les uns des autres (voir figures 3 et 4) et disposés parallèlement les uns aux autres. Ils ont un calibre dix fois plus grand que les capillaires de la peau normale et cette augmentation de calibre, qui saute aux yeux de l'observateur, se poursuit jusque dans les ramifications terminales intra-papillaires.

Ce qui prouve bien qu'il s'agit de capillaires sanguins, c'est qu'ils sont gorgés de globules rouges tassés les uns contre les autres. Très abondants dans la couche moyenne et profonde du derme, ces vaisseaux se prolongent jusque dans les papilles. Au centre de celles-ci on trouve un véritable peloton vasculaire dilaté à la place des petites anses solitaires qu'on rencontre sur une coupe de peau normale.

En recourant à des grossissements convenables, il est aisé de reconnaître que les parois des vaisseaux sont considérablement épaissies et qu'elles atteignent, en certains points, jusqu'à dix fois leur épaisseur normale. Sur quelques coupes minces, choisies à cet effet, on peut facilement distinguer les cellules endothéliales qui, remarquables par leur volume, semblent gonflées. Ces

capillaires, avec leur revêtement, ressemblent à certaines portions des canaux urinifères dans les anses de Henlé, où l'épithélium de revêtement est aplati. De plus, ces cellules endothéliales sont troubles et chargées de granulations. Elles reposent sur une paroi amorphe, qui, à peine visible à l'état normal, forme dans le cas particulier une couche épaisse. Il existe donc de l'endocapillarite en même temps que de la capillarite caractérisée par l'épaississement des parois vasculaires. On comprend ainsi que, malgré leurs énormes dimensions, ces vaisseaux ont une lumière rétrécie. Le dépoli de la paroi vasculaire doit gêner la circulation capillaire.

Dans le tissu conjonctif plus ou moins dense qui sépare ces vaisseaux les uns des autres, on retrouve une quantité considérable de points noirs; ils forment même par place de véritables manchons autour des capillaires. Ces points noirs sont des granulations de pigment, vraisemblablement dérivées du sang, qui infiltrent les cellules migratrices du tissu conjonctif. Les cellules migratrices sont des leucocytes distendus à ce point qu'ils atteignent les dimensions des cellules nerveuses de la moelle épinière, qui sont, comme on le sait, les plus gros éléments cellulaires du corps humain; on peut les reconnaître à l'œil nu. Sur les surfaces de section perpendiculaires à la direction des



Coupes perpendiculaires à la peau dans l'éléphantiasis
d'origine veineuse.

Préparations du Docteur Ch. Remy.

CC	Couche cornée.
P.	Papilles du derme.
Cap	Vaisseaux capillaires sanguins.
V.	Peloton vasculaire des papilles.
Cel.	Cellules chargées de pigment.
H	Globules rouges entassés dans les vaisseaux.

vaisseaux, le manchon pigmentaire est des plus facile à observer.

L'examen attentif des coupes permet de reconnaître çà et là quelques fentes lymphatiques, mais elle ne présentent aucune altération digne d'être notée et même sur la majorité des préparations, aucun vaisseau lymphatique ne peut être retrouvé.

L'altération pathologique semble donc intéresser exclusivement les capillaires sanguins. C'est leur confluence et leurs altérations qui donnent lieu aux plaques rouges et c'est vraisemblablement à la suite des ruptures des parois vasculaires que se répandent les globules rouges dans le derme et que se forme ultérieurement la quantité considérable d'hématoïdine qui infiltre la peau dans toute son épaisseur.

Quant à la part qui est à faire aux altérations des lymphatiques et à l'œdème du tissu conjonctif, elle est assez difficile à délimiter, car les vaisseaux de la lymphe ne semblent pas atteints. La seule altération est l'infiltration énorme du tissu par les cellules lymphatiques chargées de granulations pigmentaires.

On peut, en se reportant aux pages précédentes, voir quelles différences séparent au point de vue de leur structure, l'éléphantiasis d'origine lymphatique et l'éléphantiasis d'origine vasculaire sanguine. Dans le premier la lésion intéresse surtout les vaisseaux lym-

phatiques, dans le second elle porte surtout sur les capillaires sanguins.

Quant au mécanisme intime de l'hypertrophie du tégument observée en pareil cas, il peut être interprété de la façon suivante: la peau présente une augmentation de volume de ses papilles et de l'épiderme qui les recouvre; de plus elle renferme une quantité considérable de vaisseaux capillaires à parois épaissies et gorgés de globules rouges. Il faut enfin tenir compte de l'infiltration des cellules chargées de pigment. Faut-il admettre qu'il y a en même temps un certain degré d'œdème en relation avec les dilatations variqueuses des grosses veines des membres? La chose est probable mais nous n'avons pu dans les préparations en trouver la preuve certaine.

Cette forme d'éléphantiasis, due à une dilatation permanente des vaisseaux capillaires, paraît avoir été observée par Cruveilhier. Dans son Atlas d'Anatomie pathologique, livraison 35, il décrit une phlébite capillaire hémorrhagique avec dilatation permanente de tous les capillaires et coloration violette de la peau. « Le scorbut des femmes âgées, écrit-il, me paraît n'être autre chose qu'une phlébite capillaire hémorrhagique analogue à celle qui détermine l'injection dans les veines de substances irritantes. » En lisant attentivement le texte, on s'aperçoit bientôt que les lésions que

décrit l'illustre anatomo-pathologiste appartiennent bien en propre au scorbut.

Ch. Rémy nous a dit avoir examiné à plusieurs reprises, au cours d'un voyage en Egypte, des malades atteints d'éléphantiasis des membres inférieurs, chez lesquels l'affection débutait par l'apparition de plaques rouges s'étendant de plus en plus au point d'envahir une grande surface et qu'ultérieurement ces plaques subissaient une pigmentation brunâtre caractéristique.

Nous avons recherché s'il n'existait pas quelques faits d'éléphantiasis d'origine veineuse qui puissent, par leurs allures et leur pathogénie, être rapprochés de la forme dont nous cherchons à établir les caractères cliniques. Nous devons à l'obligeance du Docteur Jeanselme l'observation suivante qui, sous tous les rapports, est digne d'être rapportée et rapprochée des nôtres.

OBSERVATION (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Jeanselme

Éléphantiasis énorme de la région sous-ombilicale du corps dû à une obstruction veineuse

F..., 43 ans, marchande des quatre-saisons, est née à la Villette et n'a jamais quitté Paris ; elle n'a jamais eu d'accès palustres ni de poussées d'érysipèle. Par contre son mari a eu en Afrique de nombreux accès de fièvre intermittente, et son fils, âgé de 8 ans, présenterait depuis sa naissance des signes non douteux d'impaludisme,

affection pour laquelle il est traité en ce moment par le sulfate de quinine à l'hôpital des enfants.

L'éléphantiasis énorme de toute la région sous-diaphragmatique du corps que présente la malade se serait développé pendant le cours d'une grossesse qui aurait évolué d'une façon anormale. Ce ne serait qu'après dix mois et demi de gestation qu'elle serait accouchée d'un enfant énorme mort-né. La malade raconte qu'elle fut à cette époque obligée de rester pendant 40 jours au lit et qu'elle remarqua que le gonflement qui avait débuté par les malléoles, avait été en augmentant progressivement.

Dans toutes les régions malades, la peau présente une sorte de consistance gélatiniforme sans œdème véritable, car la pression du doigt ne peut déterminer de godet caractéristique. Le tégument distendu est parcouru par une quantité innombrable de varicosités capillaires qui lui donnent une coloration rouge, on ne trouve pas sur les membres de grosses varices appréciables. Il existe en outre sur la paroi abdominale un état réticulé du derme qui serait le résultat de nombreuses vergetures.

Bien que la malade soit obèse, il y a une disproportion énorme entre la portion sus-diaphragmatique et la portion sous-diaphragmatique du corps.

La paroi abdominale semble avoir une épaisseur d'au moins dix centimètres ; la cicatrice ombilicale forme un entonnoir profond. Un énorme bourrelet cutané retombe sur les plis inguinaux et la région pubienne.

Le tour de la taille mesure 98 centimètres.

La circonférence passant au niveau de l'ombilic par les parties culminantes mesure 140 centimètres.

Les membres inférieurs sont considérablement déformés : il existe à la face interne des deux cuisses, près de leur racine, disposées d'une façon symétrique, deux masses arrondies ressemblant à des mamelles ; elles sont circonscrites inférieurement par un sillon très profond. Dans ce sillon comme dans les plis génito-cruraux il existe de l'intertrigo.

Sur le reste des cuisses l'amplification est uniforme et la tuméfaction va en diminuant progressivement ; elle disparaît vers le tiers inférieur de la jambe, le pied paraît être tout-à-fait indemne. Par contre la région fessière est énorme.

La circonférence de la cuisse prise au niveau du tiers inférieur est de 75 centimètres.

La circonférence au niveau du genou est de 55 centimètres. La malade dit que lorsqu'elle marche il s'ajoute à cette tuméfaction fixe un gonflement passager qui augmente encore considérablement les dimensions de toutes ces régions pourtant déjà si volumineuses.

L'examen du cœur et du poumon, pratiqué avec soin, est absolument négatif.

Quant à la pathogénie de cet éléphantiasis, on peut l'expliquer de la façon suivante : il est probable que pendant la deuxième grossesse il s'est produit une thrombose incomplète de la veine cave inférieure comprimée et que l'éléphantiasis observé est consécutif à l'obstacle apporté à la circulation en retour. La compression semble avoir été produite par l'hydramnios car la malade dit avoir perdu, au moment de son accouchement, une quantité énorme d'eau qu'elle évalue à un seau.

Nous ne chercherons pas à notre tour à donner une explication des lésions et nous ne verrons dans cette belle observation qu'une preuve de l'existence de la forme d'éléphantiasis que nous proposons d'admettre, car dans ce cas les altérations pathologiques semblent bien être en rapport avec la dilatation permanente des capillaires sanguins de la peau.

PIED-BOT VARIQUEUX

Parmi les complications rares des ulcères variqueux de la jambe, nous tenons à signaler la production d'un pied-bot. Celui-ci est comparable aux pieds-bots cicatriciels ou phlébitiques (Verneuil, Ch. Rémy). Mais les ulcères et les cicatrices qui peuvent leur succéder même lorsque leur disposition est annulaire, ne suffisent pas pour amener la déformation et la position vicieuse du pied. Il faut tenir compte et grand compte des indurations profondes et de la sclérose conjonctive qui, ainsi que nous l'avons montré, s'étend à la totalité du membre. Le tendon d'Achille, par exemple, enclavé dans une gaine épaissie et fibreuse, peut contracter des adhérences avec les parties profondes. Il attire en haut et en arrière le calcanéum et le talon remonte en même temps que la pointe du pied s'abaisse.

On ne doit pas non plus perdre de vue l'atrophie et la dégénérescence graisseuse des muscles. Si ces altérations sont souvent totales, elles peuvent aussi être plus marquées dans certains groupes musculaires; si par exemple elles prédominent dans les muscles

antéro-latéraux de la jambe, l'action des muscles du mollet n'étant plus contrebalancée, le talon est relevé en arrière. Par le fait des adhérences des tendons aux gaines tendineuses et de leur soudure plus ou moins intime, les orteils sont eux-mêmes immobilisés en position vicieuse ; ils sont recourbés en griffe vers la plante du pied, le gros orteil porté en dehors. Ainsi se trouve constitué un type de pied-bot équin tout à fait spécial. La marche est devenue presque impossible, car le pied ainsi déformé ne peut toucher le sol que par l'extrémité d'un orteil.

Ce type de pied-bot que nous venons de décrire se rapproche par son aspect d'une variété de la même déformation que l'on retrouve dans les névrites et certaines affections de la moelle. Si nous tenons à établir ce rapprochement, c'est que dans la production de la difformité que nous étudions, il faut, comme d'ailleurs dans les autres complications des varices, faire une certaine part au rôle trophique du système nerveux et nous ne craignons pas de répéter que dans les membres variqueux depuis longtemps les troncs et les branches nerveuses sont altérées. Toutefois les lésions ne sont pas assez marquées pour que la déformation puisse être considérée comme incurable ; on peut, en effet, avec du temps, de la

patience et des interventions bien dirigées, l'améliorer et même la guérir.

Comme exemples de pieds-bot variqueux nous citerons les observations suivantes ; les dessins qui les accompagnent prouveront clairement la possibilité de la déformation en rapport avec des ulcères ou leurs cicatrices.



PLANCHE IV.

Pieds-bot variqueux
(D'après les photographies du Dr Ch. Rémy)

OBSERVATION (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Rémy)

J'ai eu l'occasion d'observer fréquemment le pied-bot variqueux, à la Maison de Nanterre, parmi mes malades ulcéreux incurables, qui sont mis dans une salle spéciale. Je n'ai pris que deux photographies chez deux femmes différentes, comme types (voir la reproduction des deux photographies).

(Dessin A). — Jacques, femme de 60 ans, variqueuse depuis de longues années, est dans mon service depuis sept ans. Elle a un ulcère depuis plus de dix ans à la jambe gauche, qui n'a jamais guéri malgré qu'elle ait passé d'hôpital en hôpital.

Cet ulcère se voit encore sur le devant de la jambe photographiée. D'autre part, tout le tiers inférieur du membre est sillonné de dépressions cicatricielles dues à des dépressions sinueuses. L'anneau induré du tiers inférieur de la jambe existe, mais il n'étrangle pas encore assez le membre pour produire un éléphantiasis. Cependant, déjà le pied, en outre de sa déformation, est gonflé et empâté. Le pied est incapable de mouvements spontanés, mais en lui exprimant des mouvements, on constate, aux prix d'efforts, que les os ne sont pas soudés et qu'on pourrait leur rendre un peu de mobilité articulaire.

Cette femme s'est habituée à l'immobilité. Elle n'a jamais demandé de traitement pour améliorer son pied-bot, bien qu'elle m'ait vu rendre le mouvement à une femme atteinte de la même affection qu'elle. Elle veut conserver son infirmité qui lui assure un lit jusqu'à sa mort à Nanterre. Elle est du reste en parfaite santé.

OBSERVATION (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Ch. Rémy)

L'autre dessin B. appartient également à une femme variqueuse de 55 ans qui est atteinte de cette déformation depuis 5 ans. Elle n'a jamais pu cicatriser son ulcère, qui est encore très étendu et s'est promené autour de son membre. L'anneau compressif n'est pas aussi marqué que celui de Jacques. J'ai perdu cette femme de vue.

OBSERVATION (inédite)

(Due à l'obligeance du D^r Ch. Rémy)

J'ai observé à la maison de Nanterre la nommée Chatelain, âgée de 47 ans, qui, ayant des varices depuis de nombreuses années, présenta des ulcères variqueux multiples du membre inférieur gauche. Pendant dix ans elle ne put marcher, et après avoir séjourné pendant tout ce temps dans divers hôpitaux, elle échoua dans mon service.

Elle présentait des cicatrices d'ulcères variqueux sur la partie externe de la jambe, et sur la face interne il existait encore une large perte de substance. Son pied est déformé, ses orteils recourbés en griffe, il y a atrophie marquée des muscles de la jambe. La déformation est celle du pied-bot équin. Par le fait du séjour prolongé au lit, les varices ne sont presque plus apparentes.

La guérison de son ulcère obtenue, je cherchai à redresser son pied et je pus y parvenir après ténotomie et redressement forcé sous le chloroforme. Cinq séances de ténotomie et de redressement furent nécessaires pour obtenir la guérison.

La malade put reprendre le travail, mais au bout de quatre ans, à la suite de fatigues, l'ulcère reparut. Il ne tarda pas à devenir incurable et la pauvre femme fut obligée de demander son admission à l'asile de Villers-Cotterets.

Cette observation démontre que le pied-bot variqueux est curable. Cette remarque, sur laquelle insiste avec juste raison Ch. Rémy, a une importance considérable.

Elle démontre aussi que par le fait du séjour prolongé au lit les varices n'étaient plus apparentes et qu'elles reparurent et devinrent même la cause d'ulcère lorsque la malade eût repris une vie plus active.

La production d'un pied-bot par ulcère chronique ou par cicatrice est donc possible. D'ailleurs toutes les ulcérations à marche lente siégeant sur le membre inférieur, surtout s'il y a altération des parties profondes du membre, peuvent déterminer une déformation analogue, Jeanselme¹ rapporte avoir vu chez une femme syphilitique qui portait une perforation du voile du palais, un ulcère profond de la face antéro-interne de la jambe, au tiers inférieur et compliqué de dermite, amener consécutivement un pied-bot varus équin très prononcé.

1. Jeanselme. — Loco citato, page 17.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les complications que nous venons d'étudier sont dans la majorité des cas tout à fait incurables et nous ne pouvons tirer de notre étude aucune indication thérapeutique bien intéressante.

Quelquefois cependant la déformation et la gêne fonctionnelle seront telles que le chirurgien se trouvera dans la nécessité de recourir à une intervention opératoire plus ou moins radicale ; parfois même, comme nous l'avons noté dans l'éléphantiasis segmentaire, il se verra obligé de pratiquer une amputation.

Mais cette intervention sera-t-elle elle-même toujours possible ?

Les malades porteurs de vieux ulcères variqueux qui suppurent depuis longtemps présentent en effet souvent une cachexie spéciale. Comme cela s'observe chez les malades atteints d'une suppuration chronique communiquant avec l'air, leurs viscères, foie, rate, reins, peuvent subir la dégénérescence amyloïde. Ces organes augmentent de volume, l'urine, en général

abondante, contient de l'albumine, souvent des œdèmes apparaissent ainsi que des diarrhées plus au moins profuses ; l'état cachectique est plus ou moins marqué.

Les malades sont pâles et bouffis ; leur faciès, d'après Grainger-Stewart, serait même assez particulier ; sur la pâleur terreuse du visage trancherait une pigmentation des paupières et une rougeur visqueuse des joues tout-à-fait spéciale.

On comprend que toute intervention chirurgicale, même lorsqu'elle est pratiquée dans les conditions d'asepsie les plus parfaites, ne présente en pareil cas que peu de chances de succès. Et cependant nombre d'auteurs conseillent d'opérer dans ces conditions peu favorables. Bartels dit qu'on peut sauver la vie du malade en sachant sacrifier un membre qui est la source de suppurations prolongées ; on supprime en effet ainsi le foyer qui déverse d'une façon continue dans l'économie les toxines nuisibles dont la nature est encore inconnue d'ailleurs malgré les recherches expérimentales de Charrin et d'autres bactériologistes.

Le vrai traitement de ces complications est le traitement préventif, c'est-à-dire celui qui les empêche de se développer, et avec tous les auteurs qui ont écrit sur le sujet nous ne craignons pas de répéter que les malades porteurs de varices doivent avoir le courage

de s'immobiliser et la patience de se soigner lorsque survient la moindre solution de continuité de la peau de leurs membres inférieurs, car cette porte ouverte à l'infection peut devenir pour eux la cause des accidents les plus graves.

CONCLUSIONS

L'éléphantiasis ulcéreux d'origine lymphatique présente plusieurs modalités cliniques ; une des plus curieuses est l'éléphantiasis segmentaire en rapport avec un ulcère annulaire ou une cicatrice en bracelet.

L'éléphantiasis variqueux peut être d'origine vasculaire sanguine.

A la suite des ulcères variqueux ou de leur cicatrisation on peut observer un pied-bot équin (pied-bot variqueux).

Vu par le Président,
A. LE DENTU.

Vu pour le Doyen,
L'Assesseur,
C. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

